

思 わ な い	全 く そ う	思 わ な い	そ う	あ ま り そ う	思 わ な い	い え な い	ど ち ら と も	そ う 思 う	や や	そ う 思 う	そ う 思 う	非 常 に そ う 思 う
------------------	------------------	------------------	--------	-----------------------	------------------	------------------	-----------------------	------------------	--------	------------------	------------------	---------------------------------

●【生きていることに価値を感じられること】

- 患者様は仕事や家族としての役割を果たせた
- 人の役に立っていると感じられた
- 生きていることに価値を感じられた (**)

1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7

●【信仰に支えられていること】

- 患者様は信仰に支えられていた (**)
- 信仰に従って過ごすことができた
- 自分を越えた何かに守られていると感じられた

1	2	.3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7

(*) 短縮版のコア 10 項目 (**) 短縮版のオプション 8 項目

図 VI-2 (つづき)

する調査によって行われた。因子分析の結果、十分な因子妥当性が示され、また構成概念妥当性では CES (Care Evaluation Scale) より全般満足度の相関が高かったことから、全般的な終末期がん患者の QOL を評価できることが明らかになった。

信頼性に関しては、内的一貫性はクロンバックの α 係数がドメインごとに 0.79~0.94、コア 10 ドメインでは 0.92、オプション 8 ドメインでは 0.87、全項目では 0.94 であった。再テスト法による再現性は、級内相関係数がドメインごとに 0.44~0.87、コア 10 ドメインでは 0.59、オプション 8 ドメインでは 0.50、全項目では 0.52 であった。

GDI 短縮版はドメインを代表する項目から構成され、それぞれの項目の得点とドメインの得点のピアソンの相関係数は 0.80~0.97 であった。短縮版のクロンバックの α 係数はコア 10 項目が 0.78、オプション 8 項目が 0.69、全 18 項目で 0.85 であった。また、短縮版の級内相関係数はコア 10 項目で 0.64、オプション 8 項目で 0.59、全 18 項目で 0.71 であった。

II GDI の使い方

GDI は、①全項目での使用、②ドメインごとの使用、③短縮版の使用の 3 つの使用法がある。全項目での使用に関しては、コア 10 ドメインのみの使用でも構わない。短縮版に関しては、18 項目全部を用いる、コア 10 項目のみ、オプション 8 項目のみ、単項目での使用などが可能である。

GDI の得点方法は原則としてドメインごとに得点を合算する。全項目の得点を合算する場合には「家族や他人の負担にならないこと」「他人に弱った姿を見せないこと」を逆転項目として計算する。これは短縮版でも同様である。GDI の項目の文章を変更することはできないが、教示文はセッティング (一般病棟、緩和ケア病棟、在宅など) にあわせて変更しても構わない。

GDI のサンプルと得点方法の詳細は GDI のホームページ (<http://www.gdi.umin.jp>) に掲載されている。GDI の使用にあたり、承諾の必要はない。誰でも自由に使用することができる。

文献

- 1) Miyashita M, Morita T, Hirai K : Evaluation of end-of-life cancer care from the perspective of bereaved family members : The Japanese experience. *J Clin Oncol* 26 : 3845-3852, 2008
- 2) Teno JM : Measuring end-of-life care outcomes retrospectively. *J Palliat Med* 8(Suppl 1) : S42-49, 2005
- 3) Teno JM, Clarridge B, Casey V, et al : Validation of Toolkit After-Death Bereaved Family Member Interview. *J Pain Symptom Manage* 22 : 752-758, 2001
- 4) Curtis JR, Patrick DL, Engelberg RA, et al : A measure of the quality of dying and death. Initial validation using after-death interviews with family members. *J Pain Symptom Manage* 24 : 17-31, 2002
- 5) Mularski RA, Heine CE, Osborne ML, et al : Quality of dying in the ICU : ratings by family members. *Chest* 128 : 280-287, 2005
- 6) Hirai K, Miyashita M, Morita T, et al : Good death in Japanese cancer care : A qualitative study. *J Pain Symptom Manage* 31 : 140-147, 2006
- 7) Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al : Good death in cancer care : A nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 18 : 1090-1097, 2007
- 8) Miyashita M, Morita T, Sato K, et al : Good Death Inventory : A measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. *J Pain Symptom Manage* 35 : 486-498, 2008

宮下 光令 □

4

がん医療に対する安心感尺度

はじめに

がん医療の目的の1つはがん患者や一般市民が、がん罹患しても安心して治療を受け、日常生活を送ることができることである。がん医療に対する安心感尺度はその目的のために、厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」において開発された。

本尺度は、がん患者や一般市民のがん医療に対する地域や国の政策に対する安心感を測定することを目的としている。従来このような視点の尺度は存在しなかったが、今後はがん医療や緩和ケアに対する、病院、地域、国の政策などの評価のための1つのエンドポイントとなることが期待される。本尺度は6項目から構成される。ただし、6項目目の「希望すれば、自宅で最期まで過ごすことも可能だ」については、特にがん患者に調査をする時には削除してもよい(図VI-3)。

がん医療に対する安心感尺度の計量心理学的特性とすでに行われた調査の結果

「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」の予備調査として行われた、一般市民を対象とした調査の結果を以下に示す。本尺度は計量心理学的検討により、1次元性を持つことが確認されている。本尺度の内的一貫性を示すクロンバックの α 係数は全6項目で0.89と高く、信頼性も高いことが期待される。項目6を削除した5項目におけるクロンバックの α 係数は0.91であり、同様に信頼性が高いことが予想される。

調査の結果、前述の予備調査の対象4地域におけるそれぞれの項目に対する回答で「とてもそう思う」「そう思う」「ややそう思う」の合計の回答は「1. 安心して病気の治療を受けられる」で61%、「2. あまり苦しくなく過ごせると思う」で41%、「3. 苦痛や心配には十分に対処してもらえると思う」で46%、「4. いろいろなサービスがあるので安心だ」で35%、「5. 安心して自宅で療養できる」で23%、「6. 希望すれば、自宅で最期まで過ごすことも可能だ」で33%であった。

この結果は、わが国の一般市民はがん罹患した場合に安心して療養できると考えていない、換言すれば、がん罹患時に不安を抱えていることを示している。特に自宅療養に関しては、安心感が低いという結果であった。また、この結果は「ややそう思う」まで含んでおり、「そう思う」以上に限定すれば、さらに回答割合は低くなる。

がん医療に対する安心感尺度の使い方

がん医療に対する安心感尺度の使い方は、1) 全6項目で尺度として用いる、2) 項目6を削除した5項目で尺度として用いる、3) それぞれの項目ごとに用いる、といった3つの使い方がある。(病院などの)がん患者を対象とした場合には5項目バージョンを使用した方がよいかもしれない。また、単項目での使用に関しては、信頼性が十分保証されていないことに注意する必要がある。

本尺度の項目の文章は基本的に変更できないが、教示文は必要に応じて若干の変更を加えることは可能である。たとえば、「もし、がんになったとしても」の部分、地域対象であれば「もし、がん

あなたのお気持ちについておうかがいします。あなたのお考えに最も近いものに○をおつけください。

	全く そう 思わない	1	2	3	4	5	6	7
もし、がんになったとしても、								
1 安心して病気の治療を受けられる	1	2	3	4	5	6	7	
2 あまり苦しくなく過ごせると思う	1	2	3	4	5	6	7	
3 苦痛や心配には十分に対処してもらえると思う	1	2	3	4	5	6	7	
4 いろいろなサービスがあるので安心だ	1	2	3	4	5	6	7	
5 安心して自宅で療養できる	1	2	3	4	5	6	7	
6 希望すれば、自宅で最期まで過ごすことも可能だ	1	2	3	4	5	6	7	

図VI-3 がん医療に対する安心感尺度

になったとしても、この地域で」と変更してもよいし、がん患者を対象とする場合には、その欄には何も記載しないでもよい。本尺度を1), 2)の方法で用いる場合には、各項目の得点を合計して尺度得点とする。将来的には本尺度のホームページを開設し、使用方法や最新の調査結果についても報告する予定である。

本稿の例に挙げた「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」のホームページは <http://www.gankanwa.jp/> であり、この研究においてこの尺度を用いた結果はホームページに順次掲載されていく予定である。本尺度の使用にあたり、許諾は必要なく、誰でも自由に使用することができる。

宮下 光令

3

介護負担感尺度 (CRA-J, BIC-11)

はじめに

がん患者の在宅療養に関しては介護負担が重要な問題になる。介護負担感の測定に関しては従来、多くの尺度が開発されてきた。

認知症や虚弱高齢者に関しては22項目からなるZBI (Zarit Burden Interview) が世界的に最も用いられてきた¹⁾。ZBIは日本語版にも翻訳され、信頼性と妥当性の検討も行われている²⁾。ただし、がん患者や終末期がん患者の家族の介護負担感の測定には、ZBIはあまり用いられていない。

本稿ではZBI以外で、今後わが国において標準的な介護負担感の測定尺度になることが期待される2つの尺度について紹介する。

CRA (Caregiver Reaction Assessment)

国際的にがん患者や終末期がん患者の家族の介護負担感の測定に最も用いられてきたものがCRA (Caregiver Reaction Assessment) である(図VII-2)。CRAは、Givenらによって開発された多次元の介護負担感尺度であり、負担感だけではなく介護肯定感なども測定することが可能である³⁾。CRAは、海外において豊富な使用経験を有している⁴⁻⁷⁾。

近年、CRAの日本語版の開発が行われた。日本語版CRA (CRA-J) はバックトランスレーション法により翻訳され、日本の在宅がん患者の家族を対象とした信頼性・妥当性の検討がなされている⁸⁾。CRA-Jは信頼性・妥当性研究の結果、日本の現状と軽量心理学的特性をふまえて、原版から数項目を削除し、最終的に「日常生活への影響」「ケアに関する受けとめ(介護肯定感)」「家族から

のサポート」「経済的な影響」「健康状態への影響」の5ドメイン、18項目から構成されている。

CRA-Jは十分な因子妥当性、構成概念妥当性を持っていることが明らかになっている。CRA-Jの信頼性はクロンバック α 係数によって測定され、ドメインごとに0.73~0.89と高い内の一貫性を持っていることが示されている。CRAはZBIなどと異なり、多面的な介護負担感や肯定感を測定できることや、家族からのサポート、経済的な影響を測定できることなどが、海外でがん患者の家族を対象に最も用いられてきた理由だと思われる。

CRA-Jの得点方法は、ドメインごとに合計点を算出することによって行う。負担感と肯定感のドメインがあるため、全体の合計点は通常算出しない。尺度は全項目を使用することをお勧めするが、ドメイン単位での使用でも構わない。

CRA-Jに関しては使用の許諾は必要ない。今後、CRA-Jのホームページを作成し、使用方法の詳細についてアナウンスされる予定である。

BIC-11 (Burden Index of Caregiver)

BIC-11は従来の介護負担感尺度の「項目が多すぎる」「ドメインが明確でない」という欠点を補完するために日本で開発された尺度である(図VII-3)⁹⁾。ZBIをはじめとする海外の尺度は似たような項目が多く臨床で使用しにくいという欠点を持っていた。

そこで、私たちは日本人における介護負担感尺度を作成するために、日本人の在宅介護者を対象とした質的研究を行い、先行研究のレビューも加えて予備項目を作成した。介護負担感には少数の項

介護についてあなたが感じていることについておうかがいします。あてはまる番号1つに○をつけてください。					
	全く 思わない	思わない	どちら でもない	思う	いつも 思う
日常生活への影響					
1. 介護を始めてから、親戚や友人を訪ねる機会が減った。	1	2	3	4	5
2. 今の活動の中心は、介護である。	1	2	3	4	5
3. 介護を始めてから、自分の予定や計画が減った。	1	2	3	4	5
4. 介護をするために仕事や他の活動を途中でやめなければならない。	1	2	3	4	5
5. 介護のせいで、自分がくつろぐ暇がない。	1	2	3	4	5
ケアに関する受けとめ					
6. 家族の介護ができることを誇りに思う。	1	2	3	4	5
7. 介護は私にとって大切なことである。	1	2	3	4	5
8. 率先して介護をしたいと願っている。	1	2	3	4	5
9. 介護することで、自分も幸せになることができる。	1	2	3	4	5
10. 介護に楽しさを感じている。	1	2	3	4	5
家族からのサポート					
11. 他の家族（兄弟姉妹、子どもたち）は、自分ひとりに介護をさせている。	1	2	3	4	5
12. 誰もが私だけに介護を押し付けている。	1	2	3	4	5
13. 介護を始めてから、他の家族に見放されたような気がする。	1	2	3	4	5
14. 介護するにあたり、他の家族から援助を受けることはとても難しい。	1	2	3	4	5
経済的な影響					
15. 介護により、金銭的負担を強いられている。	1	2	3	4	5
16. 介護のための費用を払うことが難しい。	1	2	3	4	5
健康状態への影響					
17. 介護を始めてから、自分の健康状態が悪くなった。	1	2	3	4	5
18. 介護を始めてからは、いつも疲れている。	1	2	3	4	5

図VII-2 日本語版 CRA (Caregiver Reaction Assessment)

目で信頼性が高い測定が可能であるため、BIC-11は項目反応理論を用いて各ドメインを2項目に厳選し、また、因子構造が明確になるような項目を採用した。BIC-11は、「時間的負担感」「心理的負担感」「実存的負担感」「サービス関連負担感」のそれぞれのドメイン2項目と「全体的負担感」の1項目の合計11項目からなる簡便な尺度である。項目を厳選したが、十分な因子妥当性、構成概念妥当性は保たれている。

各ドメインの級内相関係数は0.63~0.80と十分な信頼性(再現性)を持っていると考えられている。BIC-11の使用方法はドメインまたは全体負担感のみの使用、全体の総得点の算出が可能であ

る。計算はそれぞれの項目の得点を合算することによって行う。欠損値への対応ルールも規定されている。

BIC-11の著作権はNPO健康医療評価機構にあるが、BIC-11は学術研究目的や医療現場において、誰でも自由に使用することができる。ただし、使用にあたっては登録をお願いしている。登録はインターネットウェブサイト <http://www.i-hope.jp> から行っていただきたい。このウェブサイトから使用マニュアルや原稿のダウンロードなどができるようになっている。

介護についてお伺いします。

●介護をしていて、下記の各項目のように思うことが、過去1カ月の間にどれくらいありましたか、あてはまる番号1つに○をつけてください。

1. 介護のために自分の時間が十分にとれない。

全く思わない	ほとんど思わない	時々思う	よく思う	いつも思う
0	1	2	3	4

2. 介護のために自由に外出できない。

全く思わない	ほとんど思わない	時々思う	よく思う	いつも思う
0	1	2	3	4

3. 介護をしていて何もかもいやになってしまう。

全く思わない	ほとんど思わない	時々思う	よく思う	いつも思う
0	1	2	3	4

4. 介護を誰かにまかせてしまいたい。

全く思わない	ほとんど思わない	時々思う	よく思う	いつも思う
0	1	2	3	4

5. 介護をしていてやりがいが感じられずつらい。

全く思わない	ほとんど思わない	時々思う	よく思う	いつも思う
0	1	2	3	4

6. 介護をすることの意味を見いだせずつらい。

全く思わない	ほとんど思わない	時々思う	よく思う	いつも思う
0	1	2	3	4

7. 介護をしていて体の痛みを感じる。

全く思わない	ほとんど思わない	時々思う	よく思う	いつも思う
0	1	2	3	4

8. 介護のために自分の健康をそこなった。

全く思わない	ほとんど思わない	時々思う	よく思う	いつも思う
0	1	2	3	4

9. 患者さんが介護サービスを嫌がるので困る。

全く思わない	ほとんど思わない	時々思う	よく思う	いつも思う
0	1	2	3	4

10. 介護サービスが家に入ってくるのが負担である。

全く思わない	ほとんど思わない	時々思う	よく思う	いつも思う
0	1	2	3	4

11. 全体的に見て、介護は自分にとってどのくらい負担であると思いますか。

負担ではない	少し負担である	やや負担である	かなり負担である	非常に負担である
0	1	2	3	4

図VII-3 多次元介護負担感尺度 (BIC-11: Burden Index of caregiver)

文献

1) Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J: Relatives of the impaired elderly; correlates of feelings of

burden. *Gerontologist* 20: 649-655, 1980

2) Arai Y, Kudo K, Hosokawa T, et al: Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit caregiver burden interview. *Psychiatry Clin Neurosc* 51: 281-287, 1997

- 3) Given CW, Given B, Stommel M, et al : The caregiver reaction assessment (CRA) for caregivers to persons with chronic physical and mental impairments. *Res Nurs Health* 15 : 271-283, 1992
- 4) Nijboer C, Triemstra M, Tempelaar R, et al : Patterns of caregiver experiences among partners of cancer patients. *Gerontologist* 40 : 738-746, 2000
- 5) Sharpe L, Butow P, Smith C, et al : The relationship between available support, unmet needs and caregiver burden in patients with advanced cancer and their carers. *Psycho-Oncology* 14 : 102-114, 2005
- 6) Stetz KM, Brown M : Physical and psychosocial health in family caregiving ; a comparison of AIDS and cancer caregivers. *Public Health Nurs* 21 : 533-540, 2004
- 7) Given B, Wyatt G, Given C, et al : Burden and depression among caregivers of patients with cancer at the end of life. *Oncol Nurse Forum* 31 : 1105-1117, 2004
- 8) Misawa T, Miyashita M, Abe M, et al : Reliability and validity of the Japanese version of the Caregiver Reaction Assessment (CRA). (in submission)
- 9) Miyashita M, Yamaguchi A, Kayama M, et al : Validation of the Burden Index of Caregivers (BIC), a multidimensional short care burden scale from Japan. *Health Quality Life Outcomes* 4 : 52, 2006

宮下 光令

3

Frommelt の医療者のターミナルケア態度尺度日本語版 (FATCOD-Form B-J)

はじめに

FATCOD (Frommelt Attitude Toward Care Of Dying scale) は米国の Frommelt によって開発された, 死にゆく患者に対する, 医療者のケア態度を測定する尺度である。当初は, 看護師用として開発されたが¹⁾, 医師やコメディカルでも用いることができるように, Form B という形で改訂された²⁾。

日本語版はこの Form B をもとにしているため, 死にゆく患者のケアに関わるすべての医療者で使用することが可能である (図Ⅷ-1)。FATCOD は当初は看護学生やコメディカルに対する教育の効果を測定するために開発されたが, 医療者のターミナルケアに対する態度を測定する尺度は他にないため, FATCOD は海外でもしばしば利用されている^{3,4)}。

FATCOD-Form B-J (Frommelt の医療者のターミナルケア態度尺度日本語版)

FATCOD 日本語版の作成は原著者の許可のもと, バックトランスレーションを用いて行われ, 信頼性・妥当性を検討する研究を行った⁵⁾。オリジナルの FATCOD は 30 項目で 1 因子で使用されるものであるが, わが国では信頼性・妥当性研究による計量心理学的検討によって, 2 つの下位尺度を用いて計算することも可能となっている。この 2 つの下位尺度は, 「I. 死にゆく患者へのケアの前向きさ」「II. 患者・家族を中心とするケアの認識」と命名された。わが国による使用にあたっては, 下位尺度ごとの計算が推奨されている。この

日本における下位尺度での利用は原作者の許可を得ている。

また, 本尺度では利用する際の簡便さから, 短縮版を準備した。原則としてフルバージョンの使用を推奨するが, 質問紙の量の制限や, 説明変数として用いる場合などに短縮版の使用も可能である。短縮版は, 「I. 死にゆく患者へのケアの前向きさ」「II. 患者・家族を中心とするケアの認識」の 2 つの下位尺度 (それぞれ 3 項目, 計 6 項目) から構成されている (図Ⅷ-2)。短縮版では, 若干信頼性が劣ることにご注意いただきたい。わが国では, FATCOD-Form B-J を看護師を対象に使用した場合, 専門職的自律性との関連が大きいことや, 特別養護老人ホームの職員での使用経験などが報告されている^{6,7)}。

FATCOD-Form B-J の信頼性と妥当性

FATCOD-Form B-J の妥当性は, 因子妥当性に関してのみ検討されている。探索的因子分析の結果, わが国では前述のとおり, 2 因子もしくは「III. 死の考え方」を含んだ 3 因子で使用することを推奨することになった。

信頼性に関しては, 内的一貫性を示すクロンバックの α 係数は「I. 死にゆく患者へのケアの前向きさ」が 0.73, 「II. 患者・家族を中心とするケアの認識」が 0.65 であり, 全体では 0.85 であった。再テスト法による信頼性の検討では, 級内相関係数は「I. 死にゆく患者へのケアの前向きさ」で 0.84, 「II. 患者・家族を中心とするケアの認識」で 0.71 であり, 「III. 死の考え方」では 0.33 で, 全体では 0.85 であった。

以下に挙げる質問の目的は、ケア提供者が死にゆく患者へのかかわりの場面において、どのようなことを感じているかを知ることにあります。すべての文は、死にゆく患者またはその家族に対するケアに関係するものです。「死にゆく患者」とは終末期状態であり、余命が6カ月以内と考えられる患者を想定してください。あなた自身のお考えに最もよく当てはまる番号に○をお付けください。30項目全てにご回答をしてください。※「ケア提供者」とは、家族以外で死にゆく患者のケアをする専門職・非専門職の方のことで、

思 わ な い	全 く そ う は	そ う 思 わ な い	言 え な い	ど ち ら と も	そ う 思 う	そ う 思 う	非 常 に
------------------	-----------------------	----------------------------	------------------	-----------------------	------------------	------------------	-------------

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. 死にゆく患者をケアすることは、私にとって価値のあることである。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. 死は人間にとって起こりうる最も悪いことではない。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. 死にゆく患者と差し迫った死について話をすることを気まずく感じる。(*) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. 家族に対するケアは、死別や悲嘆の時期を通して継続されるべきである。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. 私は死にゆく患者のケアをしたいとは思わない。(*) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. ケア提供者は死にゆく患者と死について話す存在であるべきではない。(*) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. 私は死にゆく患者へのケアに時間をかけることはあまり好きではない。(*) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. 私がケアをしている死にゆく患者が、きっと良くなるという希望を失ったら、私は動揺するだろう。(*) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. 死にゆく患者と親密な関係を築くことは難しい。(*) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. 死にゆく患者が、死を迎え入れる時がある。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. 患者から「私は死ぬの?」と聞かれた場合、私は話題を何か明るいものに変えるのが最も良いと思う。(*) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. 死にゆく患者の身体的ケアには、家族にも関わってもらわなければならない。(*) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. 私がケアをしてきた患者は、自分の不在の時に亡くなってほしい。(*) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. 私は死にゆく患者と親しくなることが怖い。(*) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. 私は人が実際に亡くなった時、逃げ出したい気持ちになる。(*) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. 死にゆく患者の行動の変化を受け入れることができるように、家族は心理的なサポートを必要としている。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. 患者の死が近づくにつれて、ケア提供者は患者との関わりを少なくするべきである。(*) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. 家族は死にゆく患者が残された人生を最良に過ごせるように関わるべきである。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. 死にゆく患者の身体的ケアに関する患者自身の要求は、認めるべきではない。(*) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. 家族は、死にゆく患者ができる限り普段通りの環境で過ごせるようにするべきだ。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. 死にゆく患者が自分の気持ちを言葉に表すことは、その患者にとって良いことである。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. 死にゆく患者のケアにおいては、家族もケアの対象にすべきである。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. ケア提供者は、死にゆく患者に融通の利く面会時間を許可するべきである。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. 死にゆく患者とその家族は意思決定者としての役割を担うべきである。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. 死にゆく患者の場合、鎮痛剤への依存を問題にする必要はない。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. 終末期の患者の部屋に入って、その患者が泣いているのを見つけたら、私は気まずく感じる。(*) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. 死にゆく患者が自分の状態を尋ねた場合、正直な返答がなされるべきである。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. 家族に、死にゆくことについて教育をすることは、ケア提供者の責任ではない。(*) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. 死にゆく患者の近くにいる家族のために、しばしば専門職としての仕事が妨げられると思う。(*) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. ケア提供者は、患者の死への準備を助けることができる。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

(*) 逆転項目

それぞれの下位尺度の項目

- I. 死にゆく患者へのケアの前向きさ (Q1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 17, 26, 29, 30)
- II. 患者・家族を中心とするケアの認識 (Q4, 12, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28)
- III. 死の考え方 (Q10)

図Ⅷ-1 FATCOD-Form B-J (Frommeltの医療者のターミナルケア態度尺度日本語版)

以下に挙げる質問の目的は、ケア提供者が死にゆく患者へのかかわりの場面において、どのようなことを感じているかを知ることにあります。全ての文は、死にゆく患者またはその家族に対するケアに関係するものです。

「死にゆく患者」とは終末期状態であり、余命が6カ月以内と考えられる患者を想定してください。

あなた自身のお考えに最もよく当てはまる番号に○をお付けください。6項目すべてにご回答をしてください。

※「ケア提供者」とは、家族以外で死にゆく患者のケアをする専門職・非専門職の方のことです。

思 わ な い	全 く そ う は	そ う 思 わ な い	言 え な い	ど ち ら と も	そ う 思 う	そ う 思 う	非 常 に
------------------	-----------------------	----------------------------	------------------	-----------------------	------------------	------------------	-------------

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. 死にゆく患者をケアすることは、私にとって価値のあることである。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. 死にゆく患者と差し迫った死について話をするを気まずく感じる。(*) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. 私は死にゆく患者と親しくなることが怖い。(*) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. 死にゆく患者の身体的ケアには、家族にも関わってもらうべきだ。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. 家族は死にゆく患者が残された人生を最良に過ごせるように関わるべきである。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. 死にゆく患者とその家族は意思決定者としての役割を担うべきである。 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
- (*) 逆転項目

図Ⅷ-2 FATCOD-Form B-J 短縮版

短縮版はフルバージョンの下位尺度を代表する項目から作成された。短縮版の再テスト信頼性を示す級内相関係数は「Ⅰ. 死にゆく患者へのケアの前向きさ」が0.72であり、「Ⅱ. 患者・家族を中心とするケアの認識」が0.56であった。

FATCOD-Form B-J の使い方

FATCOD-Form B-J は看護師だけでなく、医師やコメディカルなど、死にゆく患者に関わるすべての医療者に対して使用することができる。FATCOD-Form B-J の日本による利用は、①フルバージョンの30項目による利用、②「Ⅰ. 死にゆく患者へのケアの前向きさ」「Ⅱ. 患者・家族を中心とするケアの認識」「Ⅲ. 死の考え方」のそれぞれのドメイン別の利用、③短縮版の利用、の3つの方法がある。

FATCOD-Form B-J は逆転項目を含むため、得点の計算方法が多少複雑である。得点の計算方法については FATCOD-Form B-J のホームページ (<http://plaza.umin.ac.jp/fatcod/>) からダウンロードする使用マニュアルを参照されたい。

FATCOD-Form B-J に関する最新情報もこのホームページに掲載されている。FATCOD-Form B-J の使用にあたっては、許諾は必要なく、スコアリングルールを守ったうえでであれば、誰でも自由に使用することが可能である。本尺度の使用にあたり、質問項目の変更は許可されていないが、指示文(インストラクション)のみ、研究の状況にあわせて、些細な変更をすることは許可されている。

文 献

- 1) Frommelt KH: The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. *Am J Hosp Palliat Care* 8(5): 37-43, 1991
- 2) Frommelt KH: Attitudes toward care of the terminally ill; an educational intervention. *Am J Hosp Palliat Care* 20(1): 13-22, 2003
- 3) Rooda LA, Clements R, Jordan ML: Nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncol Nurs Forum* 26: 1683-1687, 1999
- 4) Dunn KS, Otten C, Stephens E: Nursing experience and the care of dying patients. *Oncol Nurs Forum* 32(1): 97-104, 2005

- 5) 中井裕子, 宮下光令, 笹原朋代, 他: Frommelt
のターミナルケア態度尺度日本語版 (FATCOD-
Form B-J) の因子構造と信頼性の検討—尺度翻訳
から一般病院での看護師調査, 短縮版の作成まで.
がん看護 11: 723-729, 2006
- 6) Miyashita M, Nakai Y, Sasahara T, et al: Nursing
autonomy plays an important role in nurses' atti-
tudes towards caring for dying patients. *Am J Hosp*

Palliat Med 24(3): 202-210, 2007

- 7) 清水みどり, 柳原清子: 特別養護老人ホーム職員
の死の見取りに対する意識—介護保険改定直前の
N県での調査. 新潟青陵大学紀要 7: 51-62, 2007

宮下 光令

4

緩和ケア実践に関する医療者の
自己評価尺度

はじめに

がん医療に携わるものにとって、その実践能力が向上することは重要である。緩和ケアに関しても同様に、実践能力を評価し、向上を図ることが重要である。しかし、緩和ケアに関する実践能力を客観的に評価することは非常に困難である。

そこで、自己評価による緩和ケアの実践能力の評価がしばしば行われている。本尺度はその目的で開発された尺度であり、身体症状の緩和と精神症状の緩和に関して医療者が自己評価による評価を行うことを目的としている。本尺度は医師・看護師だけでなく、他のコメディカルも利用可能である。本尺度の使用用途は、緩和ケアに関する実態調査や現状把握、教育的介入のエンドポイント、緩和ケアに関する研究の説明変数などが考えられる。

本尺度は身体症状の緩和と精神症状の緩和という2つの領域から構成されるが、後述のように全体で1つの尺度として利用することも可能であり、また短縮版も用意されている。

本尺度は、厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業「がん患者のQOLを向上させるための支持療法のあり方に関する研究」班、厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」班などで使用されている。

緩和ケア実践に関する医療者の自己評価
尺度の計量心理学的特性とすでに行われ
た調査の結果

「がん患者のQOLを向上させるための支持療法のあり方に関する研究」班では、本尺度を全国のがん診療連携拠点病院の緩和ケアチームの自己評価に用いた。この研究では、身体症状の緩和に関する自己評価は身体症状を担当する医師に、精神症状の緩和に関する自己評価は精神症状を担当する医師に、すべての項目を緩和ケアチームの看護師に尋ねた。

本尺度の内的一貫性を示すクロンバックの α 係数は、身体症状の緩和に関する自己評価（医師）では0.85、精神症状の緩和に関する自己評価（医師）では0.90、全項目を用いた自己評価（看護師）では0.85であった。探索的因子分析によって、それぞれが1因子であることが確認された。本調査の結果、がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームの医師・看護師の自己評価は、十分とはいえないことが示された。

「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」班では、短縮版を用いて、地域の病院、診療所、訪問看護ステーションに勤務する医師、看護師に対して調査が行われ、クロンバックの α 係数は医師で0.86、看護師で0.87であった。探索的因子分析の結果、1因子であることが確認された。本調査の結果、地域でがん診療に従事する医師、看護師の緩和ケアに対する自己評価は非常に低いことが示された（詳細なデータはホームページ <http://www.gankanwa.jp/> を参照）。

身体症状の緩和に関する自己評価
緩和ケアに対する認識についてお伺いいたします。

1. 疼痛の緩和のための知識や技術は十分である*
2. 疼痛以外の身体症状の緩和のための知識や技術は十分である*
3. がんに関連した身体症状の緩和について、必要な研修を受けた*
4. 身体症状の緩和に関する専門的な知識や援助を容易に受けられる

全く あてはまらない	あてはまらない	どちらかといえ あてはまらない	どちらかといえ あてはまる	あてはまる	よく あてはまる
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

精神症状の緩和に関する自己評価
緩和ケアに対する認識についてお伺いいたします。

1. がん患者の不安やうつ状態をおおむね正しく評価できる*
2. 精神症状に対する薬物療法や精神療法（カウンセリング）に関する知識や技術は十分である*
3. がんに関連した精神症状の緩和について、必要な研修を受けた
4. 精神症状の緩和に関する専門的な知識や援助を容易に受けられる
5. 患者の意思決定能力をおおむね正しく評価できる

全く あてはまらない	あてはまらない	どちらかといえ あてはまらない	どちらかといえ あてはまる	あてはまる	よく あてはまる
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6
1	2	3	4	5	6

*：短縮版の項目

図Ⅷ-3 緩和ケア実践に関する医療者の自己評価尺度

緩和ケア実践に関する医療者の自己評価 尺度の使い方

緩和ケア実践に関する医療者の自己評価尺度の使い方は、①全項目で1つの尺度として用いる、②身体症状の緩和に関するドメインと精神症状の緩和に関するドメインでそれぞれ別に尺度として用いる、③短縮版で尺度として用いる、④それぞ

れの項目ごとに用いる、といった4つの使い方が
ある。全項目で1つの尺度として用いることができ
るが、場合によっては身体症状と精神症状の緩和
に関する自己評価を別に評価したい場合があり、
このような使用方法を準備している。また、実態
調査を行う場合には、単項目での使用が意義があ
ると考えられるが、信頼性が十分保証されていな
いことに注意する必要がある。

本尺度の項目の文章は基本的に変更できないが、
教示文は必要に応じて若干の変更を加えることは
可能である。本尺度は①, ②, ③の方法で用いる
場合には、各項目の得点を合計して尺度得点とす
る。本尺度の使用にあたり、許諾は必要なく、誰

でも自由に使用することができる。

宮下 光令, 三澤 知代

(東京大学大学院 医学系研究科健康科学・
看護学専攻成人看護学/緩和ケア看護学分野)

4

症状評価のためのツール

はじめに

緩和ケアの対象となる患者の症状評価を行うツールとしてさまざまな尺度が用いられているが¹⁾、国内で標準化されたものはない。本稿では、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(OPTIMプロジェクト)で作成された2つのツールについて概要を説明する。これらの有用性や実施可能性は十分に確認されていない。

包括的な患者自記式症状評価ツール
(生活のしやすさに関する質問票)

生活のしやすさに関する質問票は、化学療法を受けている患者の苦痛の把握を目的として作成された「生活のしやすさに関する質問票」(初版A4版1枚)²⁾を修正して、作成されたA3版1枚の質問紙である(図X-4)。

質問紙は、①いちばんの気がかり(most concern)、②症状のnumeric rating scale、③症状

生活のしやすさに関する質問票 氏名 _____ ID _____

記入日 年 月 日 記入者 患者さん ご家族 医療者()

■爽々になっていること、心配していることや相談しておきたいことをご記入下さい

病状や治療についての情報・説明
経済的な問題
日常生活の心配
(食事・家事・仕事など)

■からだの症状についておうかがいします

■現在のからだの症状はどの程度生活の支障になっていますか?

0: 症状なし 1: 現在の治療に満足している 2: それほどひどくないが方法があるなら考えてほしい 3: 我慢できないことがある 4: 我慢できない症状がずっとつづいている

■この24時間で、以下の症状が一番強いときは、どれくらいの強さでしたか? (0~10)

全くなかった ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → 最もひどかった

○ 痛み(一番強いとき) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
○ 痛み(一番弱いとき) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
○ だるさ(かなり) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
○ 息切れ(息がしんどい) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
○ 食欲不振 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
○ おなかの張り 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
○ 吐き気 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
○ 嘔吐 ()回/日 突然 なし
○ 便秘 ()回/週 硬い 普通 やわらかい 口のなかの痛み あり
○ たん たくさん多い 頻回 よく 時々起きるが 眠れない
○ せき たくさん多い 寝る だいたい寝れる

■一番困っている症状を○をつけてください

■1日を過ぎて症状の変化はどのパターンに近いですか? (一番困っている症状についてご記入下さい)

1. ほとんど症状がない 2. 普段はほとんど症状がないが1日に、何回か強い症状がある
3. 普段から強い症状があり、1日の間に強くなったり弱くなったりする
4. 強い症状が、1日中続く

■症状が強くなるときはどんなときですか?

定期的な薬を飲む前 夜 からだを動かしたとき 食事(前・後)
排便や排便をするとき その他()

■痛みは、
■今までと同じ場所ですか? → 同じ・ちがう 場所()
■「びりびり電気が走る」、「しびれる」、「じんじんとする」感じはありますか? → ある・ない

○ 完全によくなった
○ だいたいよくなった
△ すこしよくなった
× かわらない

服用薬(レスキュー)の使用状況

回数(日)	薬剤名	使用前(症状の強さ)	使用后(症状の強さ)	効果	吐き気	眠気
7/4 4回	オムツ	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	○	なし	あり(夜)
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		なし	あり(夜)
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		なし	あり(夜)

■こここの状態

①この1週間の気持ちのつらさを平均して、最もあてはまる数字に○をつけて下さい。

②その気持ちのつらさのために、この1週間の生活に支障がある

最もつらい 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

中くらいに つらい

つらさはない

最も生活に支障がある 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

中くらいに支障がある

支障はない

■痛みなど体やこここのつらさをやわらげる緩和ケア医師、看護師の診察を... 希望する
■経済的な問題や、日常生活の心配に対する医療ソーシャルワーカーの相談... 希望する

●以下、医療者記入欄(化学療法の副作用をみるためのものです)

レジメン名 _____
レジメン番号() _____ ()コース ()回
体温()℃ 血圧(/)mmHg 脈拍()回/分 SpO2()%

グレード	0	1	2	3	4
PS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
白血球	<input type="checkbox"/> 3000~	<input type="checkbox"/> 3000~2000	<input type="checkbox"/> 2000~1000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血小板	<input type="checkbox"/> 1500~	<input type="checkbox"/> 1000~1500	<input type="checkbox"/> 500~1000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ヘモグロビン	<input type="checkbox"/> 10~	<input type="checkbox"/> 8~10	<input type="checkbox"/> 6.5~8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血小板	<input type="checkbox"/> 7.5~	<input type="checkbox"/> 5~7.5	<input type="checkbox"/> 2.5~5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
嘔吐	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2~5回、<24hの点痛	<input type="checkbox"/> 2~6回、≥24hの点痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 生命の危険
下痢	<input type="checkbox"/> 1~3回	<input type="checkbox"/> 4~6回、<24hの点痛	<input type="checkbox"/> 2~7回、≥24hの点痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 生命の危険
神経痛	<input type="checkbox"/> 痛みが軽微なし	<input type="checkbox"/> 食事を工夫すれば可能	<input type="checkbox"/> 十分な鎮痛ができない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 生命の危険
神経障害	<input type="checkbox"/> 症状なし	<input type="checkbox"/> 生活に支障ない機能障害	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 我慢できない

図X-4 生活のしやすさに関する質問票

疼痛の評価シート

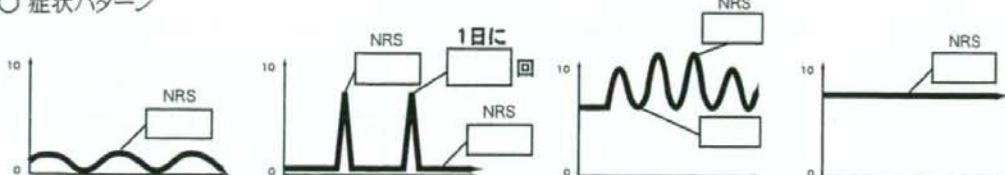
氏名 _____ ID _____

記入日 _____ 年 月 日
記入者 (_____)

○ STAS-J

- 0: 症状なし 1: 現在の治療に満足している 2: 時に悪い日もあり日常生活に支障をきたす 3: しばしばひどい症状があり日常生活に著しく支障をきたす 4: ひどい症状が持続的にある

○ 症状パターン



1. ほとんど症状がない 2. 普段はほとんど症状がないが1日に、何回か強い症状がある 3. 普段から強い症状があり、1日の間に強くなったり弱くなったりする 4. 強い症状が、1日中続く

○ 生活への影響

疼痛が原因で

- 睡眠 1. よく眠れる
2. 時々起きるがだいたい眠れる
3. 眠れない

○ 部位

- (_____)
1. 以前からの部位 2. 新しい部位

○ 性状

1. びりびり電気が走る、しびれる、じんじんする
2. ズキッとする
3. ズーンと重い
4. その他の表現 (_____)

○ 増悪因子

1. 定期薬内服前
2. 夜間
3. 体動
4. 食事(前・後)
5. 排尿・排便
6. その他
(_____)

○ 軽快因子

1. 安静
2. 保温/温電
3. 冷却
4. マッサージ
5. その他
(_____)

○ 総合評価

○ 治療の反応

● 定期薬剤

1. なし
あり — 2. オピオイド (_____)
3. NSAIDs (_____)

○ 副作用

- ・眠気 1. なし
2. あり(快)
3. あり(不快)
・見当識障害 1. なし 2. あり
・便秘 1. なし 2. あり
・嘔気 1. なし
2. あり(経口摂取可能)
3. あり(経口摂取不可能)

● 頓用薬(レスキュー)使用

1. なし
あり — 2. オピオイド (_____) 回/日

○ 効果 (_____) 回/日

1. 完全によくなった ◎
2. だいたいよくなった ○
3. 少しよくなった △
4. かわらない ×

○ 副作用

- ・眠気 1. なし
2. あり(快)
3. あり(不快)
・嘔気 1. なし
2. あり(経口摂取可能)
3. あり(経口摂取不可能)

3. NSAIDs (_____)

○ 効果 (_____) 回/日

1. 完全によくなった ◎
2. だいたいよくなった ○
3. 少しよくなった △
4. かわらない ×

図X-5 疼痛の評価シート

のパターン図, ④レスキューの効果, ⑤気持のつらさの寒暖計 (distress thermometer), ⑥緩和ケアチームに受診する希望, などから成り立っている。

患者用に質問紙の記入の仕方を説明した「生活のしやすさに関する質問票の記入の仕方」, 記入の仕方をインストラクションするビデオ, 記入された質問紙をもとに鎮痛治療を行う「生活のしやすさに関する質問票にもとづいた鎮痛治療マニュアル」が準備されている。

疼痛についての医療者記入式評価ツール (疼痛の評価シート)

疼痛の評価シートは, 患者の疼痛を医療者が評価するために作成された A4 版 1 枚からなる評価シートである (図 IX-5)。

質問紙は, ①日常生活への影響と満足度, ②疼痛のパターンと強さ, ③疼痛の部位と経過, ④疼痛の性状, ⑤疼痛の増悪因子・軽快因子, ⑥現在行っている鎮痛治療の効果と副作用, ⑦レスキューの効果と副作用, から成り立っている。

医療者用に質問紙の記入の仕方を説明した「疼痛の評価シートの記入の仕方」, 記入の仕方をインストラクションするビデオ, 記入された質問紙をもとに鎮痛治療を行う「疼痛の評価シートにもとづいた鎮痛治療マニュアル」が準備されている。

まとめ

わが国で緩和ケアのニーズ評価のために標準化したツールは十分に普及していない。今後、「意識障害であれば日本中どこに行っても 3-3-9 (GCS)」と同じように、「緩和ケアの評価はどこに行っても〇〇」という「標準化したツール」を作成することは意義があると考えている。

使用上の許諾に関して

詳細は, 緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM プロジェクト) ホームページ (<http://www.gankanwa.jp/>) をご覧ください。

文献

- 1) Richardson A, Medina J, Brown V, et al : Patients' needs assessment in cancer care : a review of assessment tools. *Support Care Cancer* 15(10) : 1125-1144, 2007
- 2) Morita T, Fujimoto K, Namba M, et al : Palliative care needs of cancer outpatients receiving chemotherapy ; an audit of a clinical screening project. *Support Care Cancer* 16(1) : 101-107, 2008. Epub 2007 Jul 5.

森田 達也

3

死生観尺度

はじめに

近年、病名告知や脳死、臓器移植など死をめぐる問題が大きな社会的関心事になっているが、これらはわれわれの死生観と深く関係する問題である。死生観尺度は、日本人の死生観を定量的に測定する測度として作成されたものである。死生観の尺度として、国外のものでは Templer の死の不安尺度 (Death Anxiety Scale ; DAS)¹⁾ などがある。

しかしながら、死生観には文化的要因が大きく関係していると考えられるため、日本独自の死生観尺度が必要であった。日本独自の死生観に関連する尺度²⁾が数少ない中で作成された本尺度は、今後使用される際の被調査者の負担を考慮した、より簡便な構成となっている³⁾。

死生観尺度は7因子27項目により構成され、①死後の世界観、②死への恐怖・不安、③解放としての死、④死からの回避、⑤人生における目的意識、⑥死への関心、⑦寿命観、の領域を測定することができる。この尺度を用いてホスピス入院患者の死生観を評価した研究⁴⁾や、終末期医療・看護に関する授業における医学生の死生観について調べた研究⁵⁾が行われている。

死生観尺度の信頼性・妥当性

死生観尺度の信頼性は、対象者である大学生および専門学校生に対する2回の調査で検討されている。1度目の調査後、2週間以上あけて再検査を行ったところ、信頼性係数は「寿命観」因子が0.61をとる以外は0.70以上と高い値を示した。Cronbachの α 係数の値も0.74から0.88の範囲に

あり、十分な内的整合性を有していた。

また、死生観尺度の妥当性に関して、検証的因子分析が行われ、高い適合度が得られており (GFI=0.90, CFI=0.94)、因子の妥当性が確認されている。さらに、既存尺度との相関関係の検討から基準関連妥当性や構成概念妥当性を調べたところ、解放としての死因子は精神的健康の尺度であるGHQ (General Health Questionnaire) 28のすべての下位尺度と、死への恐怖・不安因子はDASとGHQ 28の不安と不眠・社会的活動障害と、死からの回避因子は不安と不眠と有意な相関を持つことが示されている。これらのことから、一部の下位尺度を除き高い妥当性を持つことが検証されている。

死生観尺度の使い方

死生観尺度は図X-1にあげた27項目について、1から7の7段階で評価する。また項目の順番はランダムに並び替えて用いることが望ましい。尺度の集計に際しては、各因子の得点は、因子に属する項目の得点(1~7点)を単純加算する。因子間相関が高くないので、尺度全体の合計得点を算出することはできない。必要な因子だけを使うことは可能である。

死生観尺度の情報については、死生観尺度のホームページから得ることができる (http://rinro5.hus.osaka-u.ac.jp/mt/archives/2005/02/post_3.html)。使用に際し許諾を得る必要はないが、得られた結果を論文などで発表する場合には、本尺度について記した文献³⁾の引用を明記する必要がある。

死生観尺度

- | |
|---------------|
| 7…当てはまる |
| 6…かなり当てはまる |
| 5…やや当てはまる |
| 4…どちらともいえない |
| 3…やや当てはまらない |
| 2…ほとんど当てはまらない |
| 1…当てはまらない |

〔第1因子〕死後の世界観

死後の世界はあると思う	7	6	5	4	3	2	1
世の中には「霊」や「たたり」があると思う	7	6	5	4	3	2	1
死んでも魂は残ると思う	7	6	5	4	3	2	1
人は死後、また生まれ変わると思う	7	6	5	4	3	2	1

〔第2因子〕死への恐怖・不安

死ぬことがこわい	7	6	5	4	3	2	1
自分が死ぬことを考えると、不安になる	7	6	5	4	3	2	1
死は恐ろしいものだと思う	7	6	5	4	3	2	1
私は死を非常に恐れている	7	6	5	4	3	2	1

〔第3因子〕解放としての死

私は、死とはこの世の苦しみから解放されることだと思っている	7	6	5	4	3	2	1
私は死をこの人生の重荷からの解放と思っている	7	6	5	4	3	2	1
死は痛みと苦しみからの解放である	7	6	5	4	3	2	1
死は魂の解放をもたらしてくれる	7	6	5	4	3	2	1

〔第4因子〕死からの回避

私は死について考えることを避けている	7	6	5	4	3	2	1
どんなことをしても死を考えることを避けたい	7	6	5	4	3	2	1
私は死についての考えが思い浮かんでくると、いつもそれははねのけようとする	7	6	5	4	3	2	1
死は恐ろしいのであまり考えないようにしている	7	6	5	4	3	2	1

〔第5因子〕人生における目的意識

私は人生にはっきりとした使命と目的を見出している	7	6	5	4	3	2	1
私は人生の意義、目的、使命を見出す能力が十分にある	7	6	5	4	3	2	1
私の人生について考えると、今ここにこうして生きている理由がはっきりとしている	7	6	5	4	3	2	1
未来は明るい	7	6	5	4	3	2	1

〔第6因子〕死への関心

「死とは何だろう」とよく考える	7	6	5	4	3	2	1
自分の死について考えることがよくある	7	6	5	4	3	2	1
身近な人の死をよく考える	7	6	5	4	3	2	1
家族や友人と死についてよく話す	7	6	5	4	3	2	1

〔第7因子〕寿命観

人の寿命はあらかじめ「決められている」と思う	7	6	5	4	3	2	1
寿命は最初から決まっていると思う	7	6	5	4	3	2	1
人の生死は目に見えない力（運命・神など）によって決められている	7	6	5	4	3	2	1

図X-1 死生観尺度の項目